

Masculinidad, salud y sistema sanitario

-el caso de la violencia masculina-

Luis Bonino © 2002

Artículo publicado en 2002 en " Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa".
Instituto de la mujer-España/OMS, y actualizado en Ruiz Jarabo C. y Blanco, P (Comp) (2004)
La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Diaz de Santos

LA MASCULINIDAD COMO FACTOR DE RIESGO

Muchos investigadores de los estudios de género masculino están de acuerdo que el fiel cumplimiento del **modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica (MMTH)** -y no el nacer de sexo masculino-, es un factor de riesgo de primer nivel para la salud.

Los **valores matrices** del MMTH -autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía-, que los varones -a través de su socialización- interiorizan en forma de ideales y obligaciones, hacen que sus vidas estén marcadas por el control de sí y de los demás, el riesgo, la competitividad, el déficit de comportamientos cuidadosos y afectivos, y la ansiedad persistente. Y esta marca favorece el desarrollo de hábitos de vida masculinos poco saludables, promueve algunos valores que contravienen otros esenciales para la convivencia, la salud y la vida, genera desigualdades con las mujeres y propicia la producción de importantes trastornos en la salud de los mismos varones, en la de otros varones y en la de las mujeres y niñas que los rodean.

Aunque no todos los varones siguen concientemente el MMTH, en nuestra cultura occidental éste impregna todos los ámbitos de socialización en los que ellos construyen su corporalidad y subjetividad -la familia, la escuela, las instituciones de la cultura, los medios de comunicación-, por lo que es muy difícil sustraerse a sus efectos. Lo mismo sucede -aunque no es propósito del artículo desarrollarlo- con las mujeres en relación al modelo de feminidad tradicional hegemónica (MFTH).

En relación al MMTH como factor de **riesgo para sí mismos**, que los varones se comporten de acuerdo a este modelo está fuertemente relacionado con que ellos representen la mayoría de las personas que hasta los 65 años mueren o padecen secuelas por muchos de los trastornos de salud que más impacto tienen sobre la Salud Pública: accidentes de tráfico, alcoholismo, sida, drogodependencias, suicidios, enfermedades y muertes precoces relacionadas con el estilo de vida (coronariopatías y ciertos cánceres). En todos estos trastornos, los valores que prescribe el MMTH -tales como competencia, dureza y represión emocional, éxito como meta exclusiva, riesgo, omnipotencia y autosuficiencia- tienen un importante papel, así como favorecen la desvalorización de la prudencia, el déficit de autocuidado, la sexualidad ansiosa, o las depresiones encubiertas que se ponen recién en evidencia en grados avanzados. Específicamente en la salud laboral, el MMTH es determinante de la reticencia masculina a protegerse y cuidarse, porque eso "no es de hombres", lo que favorece la producción de accidentes laborales y la falta de percepción del desgaste psicofísico.

También en **la relación entre varones** el MMTH es un factor de riesgo. Este modelo define al varón como heterosexual, que se mide en la competitividad, la puesta a prueba, la confrontación y el riesgo, siendo la violencia un recurso válido. Relacionado con esto se encuentra la alta tasa de heridas y muertes por peleas -y deportes- entre varones, así como la morbimortalidad derivada de la homofobia y los ataques a los varones definidos como "menos hombres" (tímidos, torpes o supuestos cobardes).

Por supuesto, el MMTH es también un **factor de riesgo para las mujeres y las niñas**. De él derivan el sexismo, el autocentramiento y el machismo con su creencia de tener más derechos que las mujeres y que la crianza es cosa de ellas. Estos valores favorecen la producción de maltratos de diversos tipos con graves daños para la salud y la vida de mujeres y niñas, la reticencia o falta de participación masculina en la anticoncepción y la poca en el embarazo y la crianza, o el abandono de las hijas, así como el contagio de infecciones de transmisión sexual por rehusarse al uso de medios preventivos.

El MMTH es además un **factor obstaculizante que bloquea a los varones el acceso a los servicios de salud** ya que ellos, debido al quehacer existencial derivado del modelo, **perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de forma particular**, diferente a las mujeres y de un modo problemático para la resolución de dichos problemas.

Los varones están socializados para ser activos, tener el control, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor de la lucha por la vida, valerse por sí mismos, usar el cuerpo como herramienta, no pedir ayuda y salir adelante pese a todo, preocuparse por el hacer y no por el sentir con déficit de empatía, pensar a las mujeres como personas a disposición. Por ello no sorprende que frente al malestar físico o psíquico **generen respuestas que podemos llamar disfuncionales en todos los pasos del abordaje de esos malestares**. Algunas de ellas están directamente relacionadas con la

necesidad de tener bajo control a algo que en una enfermedad se vuelve incontrolable: el cuerpo. Así, los varones suelen:

- tener dificultad para percibir signos de alarma corporal y, cuando lo hacen, minusvalorarlos y desjerarquizarlos,
- no admitir -ante sí mismo y ante l@s demás- que algo del orden del malestar lo aqueja,
- postergar el afrontamiento del malestar, que cuando se percibe -especialmente a través del dolor- es vivido frecuentemente como amenaza incontrolable de su cuerpo o vida,
- gestionar el miedo y la ansiedad que genera lo incontrolable y que "no se deben expresar", por vías indirectas como el enojo, la culpabilización a otr@s o el ensimismamiento; por supuesto, lo no expresado afecta a todo el sistema nervioso vegetativo, generando reacciones fisiológicas que pueden ser muy intensas en determinados momentos,
- retardar la consulta, vivida como fracaso de la autosuficiencia, y en ella no dar información sobre sí y lo emocional, ya que esto es vivido como prueba de fragilidad y modo de dejar expuesta (y a merced de otr@s) su vulnerabilidad,
- no aceptar el rol de enfermo, que supone para ellos pasividad antimasculina/feminización y por tanto una amenaza a la identidad,
- ser reticente a las maniobras e indicaciones médicas (extracción de sangre, ingresos, ingestión de medicamentos) que son todas actividades que sienten que los pasivizan,
- abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos, para recobrar cuanto antes el bastarse a sí mismo,
- tener con los profesionales varones un estilo confrontativo o de sometimiento, y con las mujeres un estilo desautorizante, lo que dificulta frecuentemente el buen desarrollo de la consulta,
- interactuar con el sistema sanitario de forma muy episódica y cuando el problema está muy avanzado y ya no pueden llevarlo adelante solos.

Por otra parte, también se afrontan de **modo disfuncional la relación con l@s allegados, los malestares de ell@s, o los que provocan en otr@s**. Así:

- suelen depositar en las mujeres la responsabilización del cuidado de su propia salud, aprovechando la tendencia a la disponibilidad y al cuidado en que ellas son entrenadas como parte del mandato del rol femenino tradicional, y transformándose en dependientes de ellas en esta cuestión. Esto las sobrecarga al transformarlas en sus "cuidadoras" y "aguantadoras" del niño despótico y asustado en el que se convierten (sólo ante ellas),
- tienden a minimizar el daño que provocan con sus comportamientos
- si enferman otr@s integrantes de la familia -especialmente su pareja-, suelen alejarse y/o mostrar su incompetencia para el cuidado, restando apoyo y diálogo tranquilizador. Debido a su autocentramiento, frecuentemente se preocupan más por el lugar de faltos de atención en que quedan colocados, que en la otra persona.

L@s profesionales de los sistemas de salud dan habitualmente como descontados estos modos de afrontamiento, y naturalizan que los varones no se acerquen a las consultas o que minimicen sus comportamientos dañinos. Con ello favorecen su asentamiento en el rol de actores sociales intocables, inmodificables, invisibles e inmanejables para el sistema sanitario, con la consiguiente falta de preocupación por el desarrollo de estrategias para favorecer su acceso al sistema sanitario. Al no incorporarlos como objeto de atención, se alían sin quererlo al descuido de la salud y/o la vida que los varones realizan consigo mismos. Logran así que las **instituciones sanitarias** se blinden y dejen fuera a los varones y sus necesidades específicas (o podemos pensarlo a la inversa: en tanto las instituciones sanitarias, como una más de las instituciones patriarcales, se alían con el mandato masculino de arreglarse solo, se blindan invisibilizando a los varones concretos, e impregnan con esa ideología a sus profesionales)

Pareciera que hasta ahora sólo dos aspectos de la salud de los varones merecen alguna preocupación específica del sistema sanitario, y los dos apuntan al sostenimiento de dos aspectos propuestos como fundamentales desde el MMTH. Uno, el relacionado con el rol de proveedor, y allí aparece la medicina laboral, que se ocupa del varón no en tanto tal sino en su "fuerza" de trabajo. Otro, el relacionado con la importancia del desempeño sexual y la procreación, y allí la andrología y la fertilización asistida (y la proctología) aparecen para mejorar no al varón como tal, sino a su rol de "potente y reproductor".

Por otra parte, al naturalizar la ausencia masculina, **l@s profesionales se comunican más con las mujeres**, a quienes hacen garantes de la salud de toda la familia, perpetuando la sobrecarga que supone el rol de "cuidadora".

Finalmente **l@s profesionales, en tanto mujeres y varones**, también están determinad@s por el MFTH y el MMTH, lo que les predispone a la elección de determinadas especialidades, dedicar más o menos tiempo a l@s pacientes y generar modos de afrontar a los varones en tanto enfermos o dañinos (cuando llegan al sistema, los estudian más y les indican menos medicamentos, por ejemplo).

Para que los varones sean ayudados en sus problemas de salud, así como a modificar los comportamientos que provocan daño a la salud ajena, debe tenerse en cuenta sin duda la jerarquía del MMTH como factor de riesgo de dichos problemas. Y para ello hay que, en primer lugar, confrontarlo, priorizando otros modelos no hegemónicos de masculinidad que incorporen entre sus valores el cuidado y la protección de la vida y la salud. Y hacerlo con los propios varones, sin suponer que son inmodificables, y favoreciendo las condiciones que les permitan ser usuarios efectivos de los servicios de salud.

La violencia masculina contra las mujeres en el hogar es uno de los problemas en los cuales todo lo anterior se pone en juego: fuerte influencia del MMTH como factor de riesgo de la salud femenina o infantil, minimización del problema por parte de los varones con falta de responsabilización, depositación en las mujeres del control de la situación y falta de intervención del sistema sanitario.

Para que la violencia cambie, esto debe cambiar, y el primer paso para ello es visibilizar a los varones, comprender sus comportamientos, e incluirlos en el sistema. Sólo así podremos luego pensar intervenciones dirigidas a ellos.

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MASCULINA EN EL SISTEMA SANITARIO

Hasta ahora en nuestro país -España-, las acciones contra los varones que ejercen violencia contra las mujeres se han centrado en **medidas punitivas**, actuación por supuesto adecuada en cuanto la violencia es un delito. Sin embargo, ello no basta. Estas acciones se centran sobre las violencias de más gravedad; la mayoría de los varones que ejercen violencia no lo hacen de un modo físico ni psicológico "grave", y por tanto no son denunciados, pero sus comportamientos suponen un problema que afecta a la salud femenina -física y mental- y a su autonomía. También las **medidas educativas** comienzan a ensayarse, pero ellas suponen un largo período para que pueda percibirse su efectividad.

Una comprensión amplia de la violencia contra las mujeres, derivada de la remoción de los obstáculos que fue abordada en el cuerpo de este artículo, nos permite **incluir también al ámbito sanitario como lugar de intervención**, además de estas ya mencionadas penal y educativa.

Desde hace varios años, desde diversas organizaciones de la Unión Europea y la OMS se comienza a **recomendar que hay que trabajar con los varones de todas las edades y su violencia a nivel de prevención y de intervenciones precoces**, y que el sistema sanitario tiene en ello un papel que jugar. Este sistema, además de ser el receptor natural de muchas mujeres con problemas precoces de salud derivados de la violencia que se ejerce contra ellas, es uno de los únicos lugares por donde se puede detectar a muchos varones que ejercen distintos tipos de violencia que no llegan a situaciones por las que pueden ser denunciados. Y por tanto es un **excelente lugar** para abordajes precoces del problema.

Los varones que ejercen violencia están **delante de los ojos de I@s profesionales de la salud**, circulando por el sistema sanitario: solicitan asistencia por sus problemas de salud, consultan por estrés laboral o alcoholismo, acompañan a sus mujeres, y siempre son parte de la familia que I@s profesionales asisten. Est@s profesionales podrían tener la mejor ocasión de preguntar, confrontar o recomendar acerca de diversos aspectos de la violencia masculina, e intervenir o derivar. Sin embargo, al no saber qué hacer con los varones, llegan a pensar frecuentemente que no son sujetos posibles de acción, y por tanto pierden posibilidades de abordaje.

Pero, ¿**qué intervenciones** dirigidas a varones en relación a la problemática de la violencia hacia las mujeres se pueden realizar en el sistema sanitario? Aunque en nuestro país no están muy desarrollados, existe experiencia mundial sobre diversos y escalonados abordajes al problema, dirigidos a subgrupos específicos de varones, por edad, situación psicológica y según gravedad y antigüedad del problema. Esa experiencia indica que, como todo problema que tenga una vertiente relacionada con la salud, se puede con él realizar estrategias de:

Promoción de la salud fomentando el desarrollo de comportamientos cooperativos, cuidadosos, corresponsables y presenciales de los varones en todas las actuaciones sociosanitarias y a través de módulos específicos en las actuaciones perinatales, de salud sexual y reproductiva, pediátricas y en la de cuidados de personas.

Prevención primaria para reducir la probabilidad de aparición del problema favoreciendo la transformación de los factores de riesgo (roles de género, autoritarismo familiar, aprendizaje de la violencia), así como diseñando estrategias para hij@s de varones que ejercen violencia.

Prevención secundaria para detectar precozmente el problema, intervenir rápida y eficazmente -antes y no después de las violencias graves- con varones que ejercen violencia de todo tipo. Especialmente estrategias de intervención para varones en riesgo (previolentos) o con manifestaciones iniciales de violencia psicológica o física, tales como aquéllos en crisis por sentimientos de pérdida de poder, así como aquéllos con tendencia a la posesividad, al "descontrol", impulsividad o ensimismamiento, que puedan ser varones de riesgo si están muy aferrados al modelo masculino tradicional. O varones con

factores de riesgo coadyuvantes o agravantes. Varones todos estos cuyos comportamientos hay que tomar muy en serio como indicadores de riesgo, y en los que es fundamental detectar los activadores de su violencia. Y también estrategias destinadas a disminuir el usufructo de las ventajas de género favoreciendo la redistribución de lo doméstico.

Prevención terciaria para reducir los efectos del problema y evitar recidivas con programas de recuperación y rehabilitación. En el caso de las estrategias para los denunciados y encarcelados, habitualmente en casi todos los países con experiencia en el tema se realizan por fuera del sistema sanitario, en programas independientes que para ser exitosos deben estar coordinados con el sistema judicial. Sin embargo, la articulación con el sistema sanitario, en estos casos, también se presenta como prometedora.

Excepto para las últimas estrategias, que requieren dispositivos específicos y con personal entrenado, las demás pueden (y deberían) ser **realizadas** -así como la atención a las mujeres víctimas de maltrato **en cualquier lugar del sistema sanitario**, aunque los centros de Atención Primaria pueden cumplir un lugar especial en este sentido. También pueden tener otro lugar jerarquizado como las especialidades y colectivos que trabajen en áreas cercanas a la prevención y promoción de la salud, tales como médicos de familia, pediatras, matronas, salud mental.

FORMACIÓN/REAPRENDIZAJE PROFESIONAL

Para que estas estrategias se desarrollen es imprescindible la **reconversión de los recursos** profesionales que, hasta ahora, no están preparados para realizarlas. Por ello se hace prioritario brindar la necesaria formación específica a profesionales del área sanitaria (médic@s, ATS, trabajador@s sociales, psicólog@s...), para que puedan trabajar preventivamente con varones "utilitarios" o dominantes, detectar varones previos y violentos, eventualmente trabajar con ellos o poder derivarlos a lugares especializados.

La formación a l@s profesionales debería ofrecer un amplio panorama sobre la identificación, comprensión y abordaje de la violencia masculina y los varones que la ejercen (anexo). Para esto, no basta un entrenamiento puntual; es necesario un proceso de formación/sensibilización continuo, desobstaculizador de las trabas al conocimiento, desmitificador y autorreflexivo. Un proceso que requiere un desaprendizaje desde la perspectiva de género y el respeto mutuo de las particularidades, sin el cual la interiorización de nuevas disposiciones es imposible de lograr.

Es fundamental ofrecer esta formación **no sólo a los profesionales de los dispositivos públicos, sino también a los de los privados**, ya que estos últimos -especialmente en el área de salud mental- son a los que acuden muchas personas, especialmente de clase media, que no utilizan los dispositivos públicos. Y por supuesto, los formadores deben haber sido formados a su vez, siendo fundamental para ello la reflexión autocrítica sobre las conexiones entre cultura patriarcal, masculinidades, feminidades, violencia y la propia experiencia personal.

En España, apoyados en este interés de abordar la violencia masculina en el sistema sanitario, se comenzó a incluir desde 2000 un **módulo sobre este tema en diversos programas de atención sociosanitaria hacia la violencia contra las mujeres** para personal sanitario que se vienen realizando desde 1998, como parte de los planes estatales y/o comunitarios contra la violencia.

Estos programas -en los que he colaborado en su creación y colaboro en su ejecución-, todos de formato similar y que procuran incluir la problemática de la violencia como un asunto también de salud, están siendo organizados en diversos lugares del sistema sanitario español por diferentes comunidades, ayuntamientos, por algunas asociaciones médicas, y a partir de convenios entre organizaciones sanitarias y el Instituto de la Mujer. Hasta ahora, el gasto económico que estos cursos conllevan ha salido en pocas ocasiones del presupuesto sanitario, y sí de los organismos de la mujer.

En todos ellos la participación profesional es voluntaria, siendo quienes más concurren representantes de los colectivos de enfermería, trabajo social y de matronas, y personal previamente sensibilizado, la mayoría mujeres. En cambio, representantes del colectivo médico y de salud mental, así como varones han sido minoría. Es un desafío actual lograr la concurrencia de profesionales menos implicados en estas cuestiones.

Específicamente en los **cursos organizados por el Instituto de la Mujer**, la concurrencia total ha sido, en los últimos cuatro años, aproximadamente de 800 profesionales. El Instituto, además, ha editado en 2001 un importante documento titulado "La atención sociosanitaria hacia la violencia contra las mujeres", el que incluye entre sus capítulos el desarrollo de todos los objetivos del módulo sobre violencia masculina (anexo) al que nos hemos referido.

BIBLIOGRAFÍA

- BONINO, L. (1999a). Violencia de género y prevención: el problema de la violencia masculina, en *Actuaciones sociopolíticas contra la violencia de género*, Madrid: UNAF
- (1999b). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección, en *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. III, pp. 221-233.
- (2000). Varones, género y salud mental, en Sagarra, M. y Carabí, A. (eds.) *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria
- (2001) *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*.(en colaboración) Madrid:MAS.Instituto de la mujer.
- (2003a) Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres, en Lomas .C (ed) *¿Todos los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales* .Barcelona:Paidós
- (2003b) Masculinidad hegemónica e identidad masculina , en *Dossiers Feministes*, 6 editado por el Seminario de InvestigaciónFeminista de la Universitat Jaume I de Castellón, España
- (2003c) La masculinidad como factor de riesgo, en colaboración con Jorge Corsi, en Corsi y Peyrú, *Violencias Sociales*, Barcelona:Ariel
- CONNELL, R. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- CORSI, J. (1995). Violencia masculina en la pareja. Buenos Aires: Paidós.
- COURTENAY, W, (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health, en *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- HEARN, J. (1998). *The violences of men*. Londres: Sage.
- INSTITUTO DE LA MUJER, España (2001). *Actuaciones sociosanitarias hacia la violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- KIMMEL, M. y otros (ed) (1999-2001). *Men and masculinities*, Vol. I,II,III. Londres: Sage.
- KIPNIS, A. (1999). *Angry young men*. San Francisco (California): Jossey Boss.
- KORIN, D. (2000). Hacia el nuevo siglo. Perspectiva de género en salud, en *Medicina Infantil (Rev. de Hosp. Garrahan de Buenos Aires, Argentina)*. Vol. VII, 1, primavera 2000.
- LINCH, J. y KILMARIN, Ch. (1999). *The Pain Behind the Mask*. New York: Haworth Press.
- LORENTE ACOSTA, M. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona: Crítica.
- PRIOR, P. (1999). *Gender and Mental Health*. Londres: MacMillan Press.
- SABO, D. y GORDON, F. (ed.) (1995). *Men's health and illness: gender, power and the body*. Londres: Sage.
- SCHER, M. y otros (1987). *Psychotherapy with men*. Londres: Sage.
- WELTZER-LANG, D. (1991). *Les hommes violents*. París: Lienne et Courier (traducido al castellano en 1996, Bogotá: Indigo)

ANEXO

La formación a l@s profesionales sobre las intervenciones con los varones que ejercen violencias debería dar un amplio panorama sobre la identificación, comprensión y abordaje de la violencia masculina, teniendo como objetivos al menos los siguientes:

- Promover el conocimiento de la compleja causalidad de la violencia y de los obstáculos sociales que se oponen a dicho conocimiento.
- Promover la identificación de las múltiples formas de violencia masculina y la visibilización de aquellas invisibilizadas o normalizadas, así como sus efectos.
- Contribuir a la ruptura de la moderna mitología social sobre el hombre violento (Eurobarómetro 1999 y CIS 2001 sobre violencia doméstica), que minimiza el problema, confunde efectos, coadyudantes y agravantes con causas, y legitima las justificaciones y excusas para la violencia masculina.
- Jerarquizar la importancia de considerar la violencia como estrategia de control y dominación, y no como comportamiento derivado de descontroles agresivos o causas externas variadas que actúan como justificaciones.
- Comprender la relación entre el ejercicio de la violencia y la masculinidad tradicional.
- Detectar los diferentes tipos de varones que ejercen violencia y sus eventuales riesgos diferenciales para la salud y la vida ajena y propia.
- Ser eficaz en las intervenciones iniciales en las consultas con varones, entrenándose en cómo preguntar y confrontar con ellos para evaluar su tipo y grado de violencia, o cómo aprovechar enriquecedoramente para ese propósito las consultas con sus familiares.

- Aprovechar los momentos de crisis o transiciones vitales en los varones que ejercen violencia, momentos en que es más fácil conseguir cambios vitales.
- Tener un amplio conocimiento de los diferentes programas de intervención psicosocial específica existentes para varones, para correctas derivaciones, en los casos de mayor gravedad.
- Favorecer que los profesionales varones se impliquen, así como que todos I@s profesionales conozcan los programas contra la violencia que alientan a los varones a combatirla (por ejemplo, la Campaña del Lazo Blanco).
- Y finalmente generar el interés de desarrollar estrategias preventivas y de promoción de la salud, para fomentar el desarrollo de comportamientos cooperativos, cuidadosos, corresponsables y presenciales de los varones, en todas las actuaciones sanitarias, y a través de programas específicos en las actuaciones perinatales, pediátricas, de salud sexual y reproductiva, y en la de cuidados de personas.